

第三者行為による傷病届（福祉医療用）

年 月 日

（宛名）大津市長

届出者 住所

氏名

電話

（被害者との関係； ）

下記のとおり、お届けします。

事故発 生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃		事故発 生場所													
事故の 状 況	☐ 交通事故 ☐ けんか・暴行 ☐ その他（ ）															
	事故の状況について詳しくご記入下さい；															
被害者 に 関 する 事 項	氏 名	(福祉番号； 受給者番号；)								生年 月 日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日生					
	住 所	(電話 - -)								勤務先 (職業)						
	加 入 健 康 保 険	加入健康 保険名称									記号番号	記号；				
		保険者 番 号										番号；				
		被保険者 氏 名									資格取得日	年 月 日				
加 害 者 に 関 する 事 項	氏 名									生年 月 日	(明・大・昭・平) 年 月 日生					
	住 所	(電話 - -)								勤務先 (職業)						
	※加害者が不明な場合 その理由															
加 害 者 の 自 動 車 保 険 加 入 状 況	自 賠 責 ・ 任 意	保険会社名 (支店・代理店名)									契約者名					
											証書番号					
	自 賠 責 ・ 任 意	所在地・連絡先	(電話 - -)								担当者名					
		保険会社名 (支店・代理店名)									契約者名					
											証書番号					
		所在地・連絡先	(電話 - -)								担当者名					
示談の状況		☐ 成立した ☐ 交渉中（ 月 日現在） ☐ その他（ ） ※示談が成立している場合は示談書の写しを提出して下さい。														
受診した医療機関（事故による傷病の治療で受診した医療機関をすべてご記入下さい）																